



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Östersunds sjukhus

Klinik

Kirurgi

Specialitet

2026-05-11 – 2026-05-12

Datum

Östersund

Ort

Helena Rosen och Arestis Sokratous

Inspektörer

SOSFS 2015:8

Föreskrift

Styrkor

- Utbildningsklimatet uppfattas som mycket gott
- Drivande studierektor som tydligt förbättrat utbildningsklimatet
- Allsidig verksamhet, goda möjlighet till måluppfyllnad och bra möjligheter för volymkirurgi på Campus
- Akut läkare som avlastar ST läkare på akuten dagtid och husjour ger ökad tillgång till akut kirurgi
- Ledningen intresserad av utbildningsklimatet samt ST studierektor med i ledningsgruppen
- Regelbundna ST kollegium
- Frekventa handledningstillfällen och engagerade handledare
- Uppstartad regelbunden internutbildning för ST-läkare
- Sammanhängande sektionsplaceringar, bra övergripande ST planering

Svagheter

- Inkomplett IUP
- Avsaknad av milstolpar för att definiera progression inom ST
- Låg användning av bedömningsmallar
- Körkort finns men saknas struktur för hur dessa uppnås
- Struktur kring bedömning och återkoppling av kommunikativ kompetens, handledning och ledarskap saknas
- Majoriteten av handledarna saknar utbildning i aktuella föreskrifter

Förbättringspotential

- Komplettera IUP med utbildningsmoment, bedömningar, inntern utbildning och självstudier
- Använd ändamålsenliga bedömningsmetoder ss. DOPS, SKFs operationsmallar, mini-CEX, CBD
- Tillkännage och implementera befintliga dokument/rutiner
- Etablera återkommande handledarnätverk/träffar på kliniken
- Komplettera sektionsplaceringar med ändamålsenliga bedömningsmetoder
- Skriftlig strukturerad återkoppling efter specialistkollegium
- Avsatt tid för handledning

STRUKTUR

A Verksamheten

Kirurgkliniken i Östersund har ett upptagningsområde på 132.000 invånare. Organisatoriskt består kliniken av fem sektioner: nedre resp övre gi, bröst/endokrin/melanom, kärl och KAVA/akut och trauma. Totalt finns 5 vårdavdelningar med 50 vårdplatser.

Vid kliniken utförs elektiv och akut kirurgi i sådan mängd att det finns goda möjligheter att uppnå de operativa kirurgiska kompetensmålen. Kliniken har en stor volym av trauma. ST-läkare i kirurgi på Östersunds sjukhus gör merparten av sin specialisttjänstgöring på hemmakliniken, i tillägg görs 6-8 v sidotjänstgöring på övreGI (malign kirurgi) Umeå.

Verksamheten har goda förutsättningar för att genomföra specialiseringstjänstgöring av mycket god kvalitet. Skriftliga riktlinjer från vårdgivare om hur ST skall genomföras och hur ST-läkarnas kompetens skall bedömas finns.

Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- ☒ Det finns skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur verksamhetens specialiseringstjänstgöring ska genomföras.
- ☒ Vårdgivaren tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur bedömning av ST-läkarens kompetens ska göras.
- ☒ Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

Kvalitetsindikator

- ☒ Det finns rutiner som, utöver extern granskning, anger hur kvaliteten i ST-utbildningen kontinuerligt ska utvärderas och säkerställas.

Gradering

- ☒ A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- ☐ B. Socialstyrelsens föreskrifter följs.
- ☐ D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

B Medarbetarstab och interna kompetenser

Läkarstaben på Kirurgkliniken i Östersund består av 43 specialister och 8 aktuella ST-läkare samt en legitimerad läkare med vikariat inför ev ST. Det finns sex disputerade medarbetare på kliniken. Samtliga ST-läkare går utbildning enligt föreskrift 2015. Handledarna har gått handledarutbildning men flera saknar en uppdatering, det finns en planerad handledarutbildning gällande föreskrift 2015 och 2021 i början av hösten 2026. Det finns god tillgång på handledare som är specialistkompetenta.

ST-studierektorn är specialistkompetent och har en uppdaterad handledarutbildning. Det finns en uppdragsbeskrivning, schemalagd tid för uppdraget 10 % av heltidstjänst. Det finns en övergripande verksamhetschef för kliniken samt en vice verksamhetschef som är överläkare i kirurgi och arbetar kliniskt. Vidare finns två enhetschefer med ledningsansvar som samarbetar, varav en har specifikt ansvar för ST- läkargruppen.

Föreskrift

- ☒ Den huvudansvariga handledaren har ett bevis om specialistkompetens i avsedd specialitet.
- ☒ Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.
- ☒ Övriga handledare är legitimerade läkare med relevant specialistkompetens.
- ☒ Det finns tillgång till specialistkompetent studierektor, som har genomgått handledarutbildning.
- ☒ Det finns tillgång till handledare i en omfattning som motsvarar behovet av handledning.
- ☒ Det finns tillgång till medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner.

Allmänna råd

- ☒ Studierektor har relevant specialistkompetens.

Kvalitetsindikator

- ☒ Det finns generella skriftliga instruktioner för hur handledningen av ST-läkare ska gå till.
- ☒ Handledarna ges minst en gång per år möjlighet till utbildning/uppdatering/kompetensutveckling inom området.
- ☒ Det finns skriftlig uppdragsbeskrivning för studierektorn.

Gradering

- ☒ A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- ☐ B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- ☐ C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- ☐ D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

C Lokaler och utrustning

Alla ST-läkare har en egen arbetsplats med närhet till kollegor. Jourrum har god standard och ligger i närhet till arbetsplatserna. I samma lokal finns också laparoskopi simulator som enkelt möjliggör användning. Det finns även möteslokaler med fullvärdig digital utrustning.

Utrustningen är adekvat för utredning, diagnostik och behandling. På avdelningarna och mottagningar finns läkarexpeditioner för kirurgläkare. På akutmottagningen finns en mindre arbetsplats. Tillgång till IT-baserade kliniska beslutsstöd, sökbar vetenskaplig databas samt stöd från bibliotek finns i anslutning till Kliniskt träningscentrum.

Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- ☒ Utrustning för diagnostik, utredning och behandling är adekvat.
- ☒ Utrustning för mottagningsverksamhet, möten och behandlingskonferens på distans är adekvat.

Kvalitetsindikator

- ☒ ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.
- ☒ Det finns tillgång till relevanta IT-baserade kliniska beslutsstöd, sökbar vetenskaplig databas samt stöd från bibliotek eller FoU-enhet under hela specialiseringstjänstgöringen.

Gradering

- ☒ A. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- ☐ B. Socialstyrelsens föreskrifter.
- ☐ D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

PROCESS

D Tjänstgöringens upplägg

Verksamheten tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas samt för tjänstgöringens upplägg men dessa är ej tillräckligt kända och används därför inte fullt ut i verksamheten.

Övergripande tjänstgöringsschema/placeringar finns på kliniken och uppdateras fortlöpande av SR.

SR har utarbetat ett nytt digitalt individuellt utbildningsprogram (IUP). ST-läkare och handledare har fått information om IUP som utgår från målbeskrivningen samt obligatoriska kurser. Det saknas tydliga utbildningsaktiviteter för hur kompetenser i målbeskrivningen skall uppfyllas liksom när och hur bedömning skall ske.

Samtliga ST-läkare för loggbok över praktiska kirurgiska moment, ett bra sätt att både tydliggöra behov och att påvisa uppnådd kompetens. Utbildningsklimatet på enheten uppfattas av samtliga St läkare som utvecklande och inbjuder till diskussioner och frågor. Det finns uppskattade körkort gällande gastroskopi, bråck och laparoskopisk kolecystektomi, här föreslås förbättrad tydlighet till ST-läkarna kring hur måloppfyllnad sker.

Det föreligger ett behov att öka användningen av bedömningsmallar såsom mini-CEX, DOPS, sits-in och SKFs operativa mallar. Dessa skall utföras under hela ST-tiden och ligga till grund för bedömning av kompetenser samt vid ST-kollegium. ST-kollegium utförs minst 1 gg årligen. Man har börjat använda digital formulär via kliniskhandledning.se avsedd för Specialistkollegium och den elektroniska sammanställningen får både SR och ST läkare ta del av.

Det finns ett utarbetat introduktionsprogram på kliniken men det är ej känt för aktuella ST-läkare eller vik UL, information och struktur vid nyanställningar behöver ses över. Det saknas också en målbeskrivning kring vilka kompetenser som skall uppnås första halvåret vilket skulle förbättra möjligheterna till utbildning och utvärdering.

Utökningen av robotkirurgi ffa. inom kolorektal som en del i utveckling medför nya utmaningar för ST utbildning där ett tydligt utbildningsfokus bör säkerställa att varje moment av en operation tas tillvara som ett lärandetillfälle.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- ☐ Verksamheten tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas, samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg. Dessa ska vara kända och användas.
- ☒ Jourtjänstgöring/beredskap utgör en adekvat del av tjänstgöringen.
- ☒ Alla ST-läkare har lika rättigheter, skyldigheter och möjlighet att uppnå målen i målbeskrivningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

Föreskrift

- ☒ Verksamhetschefen på det tjänstgöringsställe där en ST-läkare genomför sin huvudsakliga tjänstgöring har det övergripande ansvaret för ST-läkarens ST-utbildning.
- ☒ Den ansvariga verksamhetschefen ansvarar för att det för varje ST-läkare tas fram ett individuellt utbildningsprogram och att det för varje ST-läkare utses en huvudansvarig handledare.
- ☐ Varje ST-läkare har ett utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen och som omfattar de utbildningsaktiviteter som behövs för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen.
- ☒ Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.
- ☒ Studierektorn samordnar ST-läkarnas interna och externa utbildningsaktiviteter.

Allmänna råd

- ☒ Studierektorn är en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare.
- ☒ I studierektorns arbetsuppgifter ingår att ansvara för att utarbeta introduktionsprogram för ST-läkarna.
- ☒ Studierektorn tar del av kompetensbedömningarna.

Kvalitetsindikator

- ☐ Alla ST-läkare får introduktion till tjänstgöringen.
- ☐ Leg läkare som arbetar vid enheten med sikte på ST och som avslutat sin BT och/eller BT-läkare som påbörjat sin ST med BT vid enheten har tillgång till individuella utbildningsprogram och handledning i enlighet med ST.

Gradering

- ☐ A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- ☐ B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- ☒ C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- ☐ D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

E Handledning och kompetensbedömning

Alla ST-läkare och vik UL har en utsedd huvudansvarig handledare (HL) och även vid sidotjänstgöring finns ansvarig handledare. Alla HL har handledarutbildning, men det saknas uppdatering enligt aktuell föreskrift, sådan finns planerad i närtid.

I ST-läkarnas kliniska vardag förekommer fortlöpande kliniska instruktioner och återkoppling vilket uppfattas bidra till hög utbildningskvalitet och vara mycket uppskattat. Viljan att lära ut är generellt mycket stor och ST-läkarna upplever ofta ett gott kollegialt stöd i vardagen. Det finns god tillgång till kliniska instruktörer. Specialistkollegium förekommer minst en gång årligen, ST-läkare får återkoppling muntligt av sin HL.

Eftersom individuellt utbildningsprogram (IUP) inte är fullt ut använt/implementerat kan inte huvudhandledarna anses bedöma ST-läkares kompetens i enighet med IUP däremot med utgångspunkt från målbeskrivningen i kirurgi. I övergripande dokument finns rutiner för hur bedömning bör ske men dessa är ej kända och implementerade. Ändamålsenliga bedömningsmallar används i begränsad omfattning. Vissa sektioner har bra rutiner för progression och måluppfyllnad, vilket är mycket uppskattat av ST-läkarna, men behöver utökas. Handledning förekommer med regelbundet och med god frekvens men är ej schemalagt vilket är ett önskemål från både av ST-läkare och HL.

Det finns riktlinjer för åtgärdsplan om en ST-läkare riskerar att inte uppfylla kompetenskraven.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift

- ☒ Varje ST-läkare ges kontinuerligt handledning i form av stöd och vägledning med utgångspunkt i det individuella utbildningsprogrammet.
- ☒ Det finns en utsedd huvudansvarig handledare för varje ST-läkare.
- ☒ Varje ST-läkare har tillgång till en handledare för varje del av tjänstgöringen.
- ☐ Den huvudansvariga handledaren bedömer ST-läkarens kompetensutveckling kontinuerligt, med utgångspunkt i målbeskrivningen för specialiteten och det individuella utbildningsprogrammet.
- ☐ Det finns fastställda rutiner för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- ☒ Verksamheten har rutiner för hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras (För ST enligt 2015:8 är verksamhetschef ansvarig enligt ovan)

Allmänna råd

- ☒ ST-läkaren bör, utöver handledning, få fortlöpande instruktioner, samt återkoppling från de som har gett instruktionerna.
- ☒ Handledningen är inplanerad i den ordinarie tjänstgöringen för huvudansvarig handledare och ST-läkare.
- ☒ Den huvudansvariga handledaren tjänstgör vid det tjänstgöringsställe där ST-läkaren genomför sin huvudsakliga specialiseringstjänstgöring. Om så inte är fallet ska vårdgivaren på något annat sätt säkerställa att huvudhandledaren är tillgänglig för handledning och även i övrigt har förutsättningar att utföra sitt uppdrag.
- ☒ Varje handledare har genomgått handledarutbildning som tillgodoser kraven enligt föreskriften.
- ☒ Om det finns en risk för att en ST-läkare inte kommer att uppfylla kompetenskraven bör det leda till en åtgärdsplan. En åtgärdsplan bör omfatta justeringar i det individuella utbildningsprogrammet, förändringar i vårdgivarens utbildningsinsatser eller tydligare krav på ST-läkarens insatser.
- ☒ Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- ☒ Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.

Kvalitetsindikator

- ☐ ST-läkarnas sidoutbildning följs upp.

Gradering

- ☐ A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- ☐ B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- ☒ C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- ☐ D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

F Teoretisk utbildning

Samtliga ST-läkare genomgår de obligatoriska kurser enligt målbeskrivningen, och dessa finns listade i IUP. Därutöver deltar alla ST-läkare, vilket är föredömligt, i samtliga STÖK-kurser. ST läkarna får möjlighet till intern utbildning i form av ST dag en gång i månaden som är kopplad till de olika sektionerna.

I IUP, utöver den övergripande planeringen som omfattar ST-läkarnas sektionsplaceringar samt ovan nämnda kurser, saknas den interna utbildningen. Det framgår inte heller vilka specifika delmål som uppnås genom de olika interna och externa utbildningsmoment. IUP innehåller inte heller planerad tid för självstudier. Tid för självstudier finns planerad i grundschema men utifrån enkätsammanställning och intervjuer upplevs ofta falla bort.

Den teoretiska utbildningen såsom obligatoriska kurser och STÖK kurser utgår från socialstyrelsens delmål. I dokument om placerings innehåll på de olika sektionerna anges bl.a. inläsnings material. Den interna utbildningen är kopplad enligt ovan till sektioner och ST läkarna får välja oftast tema från sektionen som inte täcks av KUB kurser som en specialist från sektionen föreläser om. Man kan förslagsvis koppla dessa moment till relevanta delmål i enlighet med målbeskrivningen och länka dessa till IUP.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- ☐ Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i enlighet med målbeskrivningen och individuella utbildningsprogrammet.
- ☒ ST-läkarna genomgår den utbildning som planerats i enlighet med målbeskrivningen och det individuella utbildningsprogrammet.

Allmänna råd

- ☐ Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade interna utbildningsaktiviteter.
- ☒ Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade externa utbildningsaktiviteter.
- ☐ Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerad tid för självstudier.

Kvalitetsindikator

- ☒ Den teoretiska interna utbildningen är systematiskt uppbyggd med koppling till Socialstyrelsens delmål.

Gradering

- ☐ A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- ☐ B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- ☒ C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- ☐ D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

G Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Kliniken har sex disputerade specialister, varav två är knutna till Umeå universitet och bedriver aktiv forskning.

ST läkarna går kurs om forskningsmetodik inom regionen samt får avsatt tid för eget vetenskapligt arbete med disputerad handledare. Vetenskapliga arbeten utförd av ST läkare har publicerats eller presenterats vid vetenskapliga/professionella sammankomster.

Tillgång till välfungerande doktorand program finns igenom regionens FoU enheten som är kopplad till Umeå universitet.

Vid klinikens utbildningstillfällen ingår korta referat av artiklar samt rapporter från medicinska sammankomster, men strukturerad och systematisk artikelgranskning saknas. Artikelgenomgång i form av journal club förekommer inom en sektion, med diskussion av studieupplägg, metodik och grundläggande statistik. Strukturerad bedömning och återkoppling saknas av hur ST-läkaren omsätter och tillämpar vetenskaplig kunskap som en integrerad del av specialistläkarens kompetensutveckling.

ST-läkarna genomför, dokumenterar och redovisar kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Utbildning i patientsäkerhetsarbete ges genom regional kurs.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift

- ☒ ST-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap bedöms utifrån kunskap kring vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer.
- ☐ ST-läkaren bedöms utifrån förmågan att kunna kritiskt granska och värdera vetenskaplig information, samt i sitt arbete ta ansvar för att omsätta och tillämpa denna kunskap.
- ☒ ST-läkaren deltar i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i sådan utsträckning att förutsättningar för delmåluppfyllelse föreligger.
- ☒ Utbildning erbjuds för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.
- ☒ Det finns goda förutsättningar för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.
- ☒ Det finns goda förutsättningar för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.

Allmänna råd



ST-läkaren ges möjlighet till utbildning inom patientsäkerhetsarbete och systematiskt kvalitetsarbete.

Kvalitetsindikatorer



Under det senaste året har av ST-läkare genomförda arbeten publicerats och/eller presenterats (av ST-läkaren) vid vetenskapliga/professionella sammankomster.



Det finns tillgång till ett välfungerande doktorandprogram.



Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.

Gradering



A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.



B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.



C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.



D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST läkarna ges förutsättningar att kontinuerligt utveckla ledarskapskompetens i flera sammanhang såsom trauma, traumaövningar och rondarbete. Det förekommer dock ingen strukturerat bedömning och återkoppling av ledarskapskompetens.

ST läkare planerar och genomför undervisning både till kollegiet och AT läkarna men rutin och struktur för bedömning och återkoppling saknas.

ST läkarna handleder yngre kollegor såsom AT läkare men detta sker i frånvaro av handledare eller annan specialist och således sker ingen bedömning av denna kompetens.

Det finns en öppenhet hos ledningen att tillgodose önskemål om auskultation hos chefer och ledare men någon rutin för detta saknas i både på klinik och regional nivå.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift

- ☒ ST-läkaren ges förutsättningar att kontinuerligt utveckla ledarskapskompetens i enlighet med målbeskrivningen.
- ☐ ST-läkaren bedöms kontinuerligt i medicinskt ledarskap och multiprofessionellt samarbete och återkoppling sker.
- ☒ ST-läkaren genomgår utbildning i hälso- och sjukvårdens förutsättningar i enlighet med målbeskrivning.
- ☒ ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.
- ☐ ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.
- ☒ ST-läkaren bereds möjlighet att planera och genomföra undervisning.
- ☐ ST-läkarens kompetens i undervisning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.
- ☒ ST-läkaren bereds möjlighet att handleda medarbetare och studenter.
- ☐ ST-läkarens kompetens i handledning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.

Allmänna råd

- ☒ ST-läkaren bereds möjlighet att undervisa under handledning.
- ☐ ST-läkaren bereds möjlighet att själv handleda under handledning.
- ☒ ST-läkaren bereds möjlighet att delta i reflektion i grupp i enlighet med målbeskrivningen.

Kvalitetsindikatorer

- ☒ Det finns möjlighet att auskultera hos chefer och ledare inom organisationen.

Gradering

- ☐ A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.
- ☐ B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.
- ☒ C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.
- ☐ D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

HANDLINGSPLAN

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med följande handlingsplan.

D. Tjänstgöringens upplägg

Verksamheten tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas, samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg. Dessa ska vara kända och användas.

Planerad åtgärd

Vi jobbar med tillkännande och implementering av befintliga dokument/rutiner genom följande:

- Vi har samlat alla dokument på ett ställe i Teams och informerat alla handledare / ST om vart de finns.
- Vi planerar ett informationsmöte efter sommaren (utbildningsmöte, fredag v37 2027) där KSR kommer att gå genom alla dokument inklusive nya IUP med kliniken.
- Vi planerar även en träff med ST läkarna (28:e september 2027) för att påminna och gå genom allt i detaljer.
- Vi planerar att införa obligatoriska möte vid framtidaanställning av ST eller vik UL mellan den anställda läkaren, tilltänkta handledaren, KSR och enhetschefen för att gå genom riktlinjerna från verksamheten och regionen, introduktions dokumenten, anteckna IUP och besvara eventuella frågor eller funderingar. Detta för att säkerställa att alla ST läkare får adekvat introduktion till tjänstgöringen (inklusive vikarierande underläkare och/eller BT läkare). Vi har redan haft ett sådant med den senaste anställda ST läkare Johanna Ederwall i juni 2026

Alla nyanställda ST läkare har sedan tidigare (och kommer fortsättningsvis) schemaläggas vid regionens introduktionsdagar för ST läkare tillsammans med respektive handledare som sker en gång per termin.

Vi kommer att säkerställa att även leg läkare som arbetar vid enheten med sikte på ST och som avslutat sin AT eller BT vid enheten har tillgång till individuella utbildningsprogram (IUP) och handledning i enlighet med ST.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

September 2026

Ansvarig för genomförandet

KSR, EC, VC

Datum för uppföljning

December 2026. Sedan årlig uppföljning och påminnelse. Uppstarts möte vid varje anställning

Ansvarig för uppföljningen

KSR, EC, VC

D. Tjänstgöringens upplägg

Varje ST-läkare har ett utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen och som omfattar de utbildningsaktiviteter som behövs för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen.

Planerad åtgärd

Vi har åtgärdat detta genom att göra om och komplettera vår IUP. (Kopia av den nya IUP kan skickas vid efterfrågan).

Varje IUP kommer att vara personligt anpassad och vi har sett till att den omfattar alla delar av ST utbildningen och visar progression och flexibilitet när det gäller revision. Dessutom har vi förtydligat de olika vertygen för bedömning som skall användas under de olika delmålen och praktisk delmoment.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Juli 2026

Ansvarig för genomförandet

KSR

Datum för uppföljning

December 2026

Ansvarig för uppföljningen

KSR

E.Handledning och kompetensbedömning

Den huvudansvariga handledaren bedömer ST-läkarens kompetensutveckling kontinuerligt, med utgångspunkt i målbeskrivningen för specialiteten och det individuella utbildningsprogrammet.

Planerad åtgärd

Schemalagd handledning kommer att förtydligas i schema i enlighet med verksamhetens riktlinjer för ST tjäntsgöringen och IUP. Schemaläggaren är informerad om detta men ST läkarna och handlederna har fått påminnelser och riktlinjer om att påminna om detta vid varje schemaönskemålperiod.

Vi har uppdaterade en stor del av våra sektionsplaceringar (ÖGI, NGI, Bröst/Plastik, Endokrin, Bräck och Kärl) och även IUP med tydliga ändamålsenliga bedömningsmetode (Kopior av de uppdaterade och nyframtagna sektionsplacerings filer kan skickas vid efterfråga). Dokument för KAVA (inklusive Common trunk) placering kommer att också var färdigställda snart.

Vi kommer att implementera och använda IUP till fullo genom att introducera den nya uppdaterade IUP till alla ST läkare och handledarena (se info under punkt D gällande höstens möte och info för påminnelse) för att kunna använda det för mer standardiserade bedömningar av ST läkarnas kompetens i enlighet med målbeskrivningen i kirurgi. Vi kommer att jobba med beredare och återkommande implementering av ändamålsenliga bedömningsmallar (till exempel DOPS, SKFs operationsmallar, mini-CEX, CBD).

Vi planerar att utöka och implementera vår gaffelmottagning konceptet till flera andra lämpliga sektioner såsom kärl, ögi, ngi och bröst/plastik (för nuvarande finns det för bräck och KAVA).

Vi ska fortsätta jobba med att förbättra vår utnyttjande av varje operationstillfälle för olika utbildningsmoment så gott som det går (och har gjort sedan länge). Sätta portar, öppna/stänga buken, sy anastomos, lägg upp / ner stomi under planerade svåra eller högspecialiserade ingrepp.

Vi planerar även en träff med ST läkarna (v39 2027) för att påminna och gå genom allt.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

September 2026

Ansvarig för genomförandet

KSR, EC

Datum för uppföljning

Januari 2027, sedan årligen

Ansvarig för uppföljningen

KSR, EC

E. Handledning och kompetensbedömning

Det finns fastställda rutiner för bedömningar av ST-läkarens kompetens.

Planerad åtgärd

Vi har påbörjat med skriftlig återkoppling efter vår senast specialistkollegium i våras. Vi har beslutat om officiella träffar för handlederna på vår klinik i anslutning till specialistkollegium då alla handledare oftast är redan schemalagda för det för att gå genom, påminna och strukturera handledning och återkopplingen till ST läkarna. Nästa specialistkollegium planeras november 2026.

Vi har även planerat för handledareutbildning enligt nya författningen för alla som jobbar i kliniken under 2 tillfälle under hösten (v38 och v39 2027)

Datum när åtgärden ska vara genomförd

November 2026

Ansvarig för genomförandet

KSR, EC

Datum för uppföljning

Januari 2027, sedan årligen i samband med specialistkollegium

Ansvarig för uppföljningen

KSR, EC

F. Teoretisk utbildning

Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i enlighet med målbeskrivningen och individuella utbildningsprogrammet.

Planerad åtgärd

Båda IUP och sektionsplacerings beskrivningar är uppdaterad och innehåller numera de teoretiska utbildningsmoment och kurser som planeras i enlighet med varje delmål. De specifika delmål som uppnås med de olika externa och interna utbildningar är numera specificerade i IUPn.

Avsatt tid för självstudier finns sedan innan. Däremot kommer den att optimeras och anpassas utifrån placering och läggs mer regelbundet istället i anslutning till större utbildningsaktiviteter (kurser t.e.).

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Juli 2026

Ansvarig för genomförandet

KSR, EC, schemaläggare

Datum för uppföljning

December 2026

Ansvarig för uppföljningen

KSR, EC

G. Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

ST-läkaren bedöms utifrån förmågan att kunna kritiskt granska och värdera vetenskaplig information, samt i sitt arbete ta ansvar för att omsätta och tillämpa denna kunskap.

Planerad åtgärd

I samband med de reviderade sektionsplaceringar planerar vi att införa strukturerade bedömningar och återkopplingar om hur ST-läkaren omsätter och tillämpar vetenskaplig kunskap inom respektive ämne. Dessa kommer att göras i 2 varianter, en kortare variant av artikeldragning i samband med respektive sektionsmöte (sektionsvis), och en i samband med de större ST fredagsmöten i form av formell mer omfattande Journal Club genomgång.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Sektionsmöte och ST fredagsmöte hösten 2026

Ansvarig för genomförandet

KSR, respektive sektionsledare

Datum för uppföljning

Januari 2027, sedan årligen

Ansvarig för uppföljningen

KSR

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkaren bedöms kontinuerligt i medicinskt ledarskap och multiprofessionellt samarbete och återkoppling sker.

Planerad åtgärd

ST läkarna ges förutsättningar att kontinuerligt utveckla ledarskapskompetens i flera sammanhang såsom traumaövningar, och rondarbete. En strukturerat bedömning och återkoppling av ledarskapskompetens efter dessa utbildning finns inte. Vi planerar att införa regelbunda och återkommande återkopplingar enligt DOPS, mini-CEX i anslutning till dessa aktiviteter. Det ingår numera även i vår nyframtagna och uppdaterade IUP.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Hösten 2026

Ansvarig för genomförandet

KSR, sektionsledare

Datum för uppföljning

Januari 2027, sedan årligen

Ansvarig för uppföljningen

KSR

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.

Planerad åtgärd

Vår ST läkare är sedan länge schemalagda på internutbildning på vårdavdelningar, AT introduktionsveckor, traumaövningar, Journal clubs och fredagsutbildningsmöten. De har även ansvar för handledning av AT läkare och studenter på kirurgmottagningen, akutmottagningen och avdelningar. De planerar och genomför undervisningsmomenten, men rutin och struktur för bedömning och återkoppling saknas. Vi planerar att införa regelbunda och återkommande återkopplingar enligt mini-CEX i anslutning till dessa aktiviteter. Även närvaro av specialistläkare för bedöma deras handledningsförmåga. Det ingår numera även i vår nyframtagna och uppdaterade IUP.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

September 2026

Ansvarig för genomförandet

KSR

Datum för uppföljning

Januari 2027, sedan årligen

Ansvarig för uppföljningen

KSR

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarens kompetens i undervisning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.

Planerad åtgärd

Vår ST läkare är sedan länge schemalagda på internutbildning på vårdavdelningar, AT introduktionsveckor, traumaövningar, Journal clubs och fredagsutbildningsmöten. De har även ansvar för handledning av AT läkare och studenter på kirurgmottagningen, akutmottagningen och avdelningar. De planerar och genomför undervisningsmomenten, men rutin och struktur för bedömning och återkoppling saknas. Vi planerar att införa regelbunda och återkommande återkopplingar enligt mini-CEX i anslutning till dessa aktiviteter. Även närvaro av specialistläkare för bedöma deras handledningsförmåga. Det ingår numera även i vår nyframtagna och uppdaterade IUP.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

September 2026

Ansvarig för genomförandet

KSR

Datum för uppföljning

Januari 2027, sedan årligen

Ansvarig för uppföljningen

KSR

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarens kompetens i handledning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.

Planerad åtgärd

Vår ST läkare är sedan länge schemalagda på internutbildning på vårdavdelningar, AT introduktionsveckor, traumaövningar, Journal clubs och fredagsutbildningsmöten. De har även ansvar för handledning av AT läkare och studenter på kirurgmottagningen, akutmottagningen och avdelningar. De planerar och genomför undervisningsmomenten, men rutin och struktur för bedömning och återkoppling saknas. Vi planerar att införa regelbunda och återkommande återkopplingar enligt mini-CEX i anslutning till dessa aktiviteter. Även närvaro av specialistläkare för bedöma deras handledningsförmåga. Det ingår numera även i vår nyframtagna och uppdaterade IUP.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

September 2026

Ansvarig för genomförandet

KSR

Datum för uppföljning

Januari 2027, sedan årligen

Ansvarig för uppföljningen

KSR